

ID:

インフルエンザ予防接種

任意接種用

*接種希望の方へ:太ワク内にご記入ください。 *お子様の場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

ワクチン種	通常	予約	あり・なし	診査前の体温	度	分
住所	〒		TEL ()		—	
(フリガナ) 受ける方の氏名			男・女	生年 月日	明治 昭和 平成	年 月 日生
(保護者の氏名)					(歳	ヶ月)

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ()回目 前回の接種は(月 日)	はい
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある 具体的に()	ない
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名() はい・いいえ はい・いいえ	いいえ
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症、その他の病 気)にかかり医師の診察を受けましたか、	はい 病名()	いいえ
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい()年()月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ
8. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	ある()回ぐらい 最後は()年()月頃	ない
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある 薬または食品の名前()	ない
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる 病名()	いない
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類()	いいえ
13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	ある 予防接種名・症状()	ない
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある 具体的に()	ない
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。		

医師の記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師の署名又は記名押印
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づき救済について、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについての理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名(もしくは保護者の署名) (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。 続柄)
---	---

当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか。

1)知人の紹介 2)病院の紹介 3)通りがかり 4)インターネット 5)チラシ広告 6)看板 7)その他()

当クリニックにて接種を決められた理由を下記よりお選びください。(複数可)

1)休日・夜間に接種できるから 2)家族で接種ができるから 3)料金が他院より安いもしくは妥当だから
4)医師・看護師の手技が安心だから 5)提携先だから

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン Lot. No.	皮下接種	実施場所 : 総合クリニック ドクターランド幕張
□阪大微研会	□0.5mL(3歳以上)	医師名 :
カルテNo.	□0.25mL(6ヶ月以上3歳未満)	接種年月日 : 平成 年 月 日

記載頂きました個人情報ならびにアンケートの内容につきましては接種の予診と運用に使用・参考にさせていただきます。

インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するにあたり、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。予診票は出来るだけ詳しくご記入ください。お子様は保護者の方がご記入ください。

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種をすることにより、インフルエンザ感染を予防したり症状を軽くすることが出来ます。インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節膨張、嘔吐・嘔気、下痢、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが通常は2～3日で消失します。過敏症として、発疹、じんましん、湿疹、紅斑、かゆみなどもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出てください。非常にまれですが次のような副反応が起こる可能性があります。

1. ショック、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難など)
2. 急性散在性脳脊髄炎(接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など)
3. ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)
4. けいれん(熱性けいれんを含む)
5. 肝機能障害、黄疸
6. 喘息発作

このような症状が認められたり、疑われた場合はすぐに医師に申し出てください。なお、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行なうことになります。

【予防接種を受けることが出来ない方】

1. 明らかに発熱のある方(37.5℃を超える方)や重篤な急性疾患にかかっている方
2. 過去にインフルエンザワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある方。但し、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした方は接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。
3. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した方

【予防接種を受ける際に、医師とよく相談をしなければならない方】

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの方
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
3. 風邪などのひき始めと思われる方
4. 予防接種を受けた時、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた方
5. 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
6. 今までにけいれんを起こしたことがある方
7. 過去に本人や近親者で、検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある方
8. 妊娠の可能性のある方
9. 気管支喘息のある方

【ワクチン接種後の注意】

1. インフルエンザワクチン接種後30分は急な副反応が起きることがあります。医療機関やモール内に居るなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
2. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は速やかに医師の診察を受けてください。

【チメロサール(有機水銀)を含まないワクチン】

一般の予防注射(不活化ワクチン)には細菌汚染を防ぐためチメロサールと呼ばれる防腐剤(有機水銀)が含まれています。近年、有機水銀の体内蓄積と副作用が心配されています。チメロサール(有機水銀)を含まないワクチンはアレルギー反応のリスクの少ないとされ、注射時の痛みや腫れも軽減されます。

あなたの接種予定日(ご自身でご記入下さい)						
1回目	月	日()	です	2回目	月 日()	です
当日は受付に	時	分頃	おこし下さい	当日は受付に	時	分頃 おこし下さい